

BHM BYGG 15 Inngang D



Hvordan søke om medisinsk teknisk utstyr, behandlingshjelpemidler, til pasienter som bor hjemme eller i kommunal institusjon?

Avdeling for behandlingshjelpemidler
Virksomhetsområde Oslo sykehuservice Aker
Oslo sykehuservice

Besøksadresse: Ullevål sykehus, Bygg 15, inngang D
Kirkeveien 166, 0407 Oslo
Postadresse: Postboks 4956 Nydalen 0424 Oslo

Internettadresse: www.oslo-universitetssykehus.no

Søk under "Avdelinger fra A-Å",
"Behandlingshjelpemidler".

Nasjonale retningslinjer:
www.behandlingshjelpemidler.no

Telefon: 23 01 65 04
Fax: 23 01 65 06
(ikke sensitiv informasjon)
E-post: bhm@ous-hf.no
(ikke send sensitiv informasjon)

Målgruppe: Hjemmeboende pasienter eller pasienter i kommunal institusjon med behov for medisinsk teknisk utstyr
Faglig ansvarlig: Kathrine Olsen, avdelingsleder
Utarbeidet: 22.11.2011
Sist endret: 14.11.2016

Åpningstider

Mandag-onsdag: 08.30-14.30

Torsdag: 08.30-16.30 (sommertid 08.30-14.30)

Fredag: 08.30-14.00

Avdeling for behandlingshjelpemidler,
OSA Oslo sykehuservice



Utlån av medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling, behandlingshjelpemidler

Hvordan søke om utlån av medisinsk teknisk utstyr til pasienter som bor hjemme eller i kommunal institusjon?

Avdeling for behandlingshjelpemidler har ansvar for utlån av medisinsk teknisk utstyr og tilhørende forbruksmaterieell til pasienter i Oslo (minus bosatte i bydel Stovner, Alna og Grorud).

Fremgangsmåte:

Korrekt utfylt søknadsskjema sendes til Avdeling for behandlingshjelpemidler (BHM). Ved mangelfull søknad kan denne bli returnert, dette kan medføre forsinkelser. Tjenesten er underlagt spesialisthelsetjenesteloven og av den grunn kreves det underskrift av legespesialist innen aktuelt fagområde.

Valg av utstyr:

BHM velger utstyr på bakgrunn av opplysninger i søknaden og det sortimentet som helseforetaket har inngått rammeavtaler for. Dersom pasienten er avhengig av å få tildelt en spesiell utstyrsenhet, må det gis medisinsk begrunnelse.

Pasientansvar:

Utstyr utlånt fra enheten kan ikke selges, gis bort, lånes/leies ut, byttes eller pantsettes. Utstyret skal håndteres slik at unødvendig verditap unngås. Tap av og ødelagt utstyr må meldes til den lokale avdelingen for medisinsk teknisk utstyr. Det kreves politianmeldelse dersom apparatet er stjålet.

Når utstyret ikke lenger er i bruk, plikter pasient, pårørende eller andre å returnere utstyret i rengjort og komplett stand.

Ved adresseendring plikter man snarest å varsle enheten der man har fått utlevert utstyret. Dette gjelder uansett om man flytter innenfor samme sykehusområde

Informasjon og opplæring:

De kliniske sykehusavdelingene som søker om utlån av utstyr, står ansvarlige for opplæring og informasjon om utstyret til pasienten. Avdeling for behandlingshjelpemidler kan være behjelpelige med å veilede klinisk personell i generell bruk av utstyret.

Teknisk service:

Kontakt BHM for service på utstyret. Apparatene skal være rengjort før innlevering til service.

Melderutiner:

I de tilfeller pasienter påføres skader, det skjer uhell eller nesten uhell som kan skyldes medisinsk teknisk utstyr utlevert fra tilhørende helseforetak, skal BHM ha tilbakemelding umiddelbart. Ved dødsfall som man har mistanke om kan skyldes medisinsk teknisk utstyr, skal saken meldes til politiet.

I OUS ligger skjema i DIPS, søknadsskjema finnes også på www.behandlingshjelpemidler.no

PASIENT OG LEVERINGSADRESSE			
Etternavn, fornavn:		Bostedskommune:	Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:		Telefon hjemme:	Telefon jobb:
Postnr. og poststed:		Leveringsadresse dersom annen enn bostedsadresse:	
DIAGNOSE, BEGRUNNELSE TIL TÅK, PRAKTISKE PROBLEMER OG FORSLAG TIL LØSNING, RELEVANT INFORMASJON OM ANNET UTSTYR (Bruk evt. eget ark.) (ICD-10 diagnosekode som begrunner behov for utlån av utstyr (skal fylles ut))			
Hoveddiagnose-kode (ICD-10):		Inntil 2 bi-diagnose-koder (ICD-10):	
Øvrig begrunnelse:			Tiltakets varighet: Varig <input type="checkbox"/> Tidsavgrenset <input type="checkbox"/>
UTSTYRSBESKRIVELSE (Liste over aktuelt forbruksmaterieell dokumenteres på eget ark. Se: www.behandlingshjelpemidler.no)			
		Innstillinger, type, størrelser, mål, dosering 0-2 i l/min, varighet mv.	For helseforetaket Utstyrsregn. etc.:
OPPLERINGS- /OPPFØLGINGS-ANSVARLIG (Se retningslinjer: www.behandlingshjelpemidler.no) <input type="checkbox"/> Pasienten har fått opplæring i bruk av utstyret <input type="checkbox"/> Opplæring er avtalt med:			
Opplærings/ oppfølgingsansvarlig person		Navn på institusjon/ avdeling/legesenter	Telefonnr.:
ERKLÆRING OG UNDERSKRIFT AV/ PÅ VEGNE AV PASIENTEN			
• Jeg har fått tilstrekkelig opplæring i bruk av utstyret. Videre oppfølging er kjent og avtalt. • Jeg er klar over at behandlingshjelpemiddelet er helseforetakets eiendom, og at det skal tas vare på. Når jeg ikke lenger har bruk for det, skal det leveres tilbake til helseforetaket etter avtale.		• Utstyr kan ikke selges, gis bort, lånes ut, leies ut, byttes, pantsettes mv. Jeg plikter å sørge for at utlånt utstyr blir håndtert slik at unødvendig verditap unngås. • Jeg samtykker i at helseforetaket kan innhente nødvendige tilleggs-opplysninger og at opplysninger knyttet til rekvirering og utlån av utstyr og utlevering av forbruksmaterieell registreres i helseforetakets database.	
Sted og dato		Underskrift	
UNDERSKRIFT SPESIALIST			
Spesialist:		Telefonnr.:	
Adresse:		Dato, underskrift og ID-nummer:	
Postnr. og poststed:			
FOR HELSEFORETAKET			
Mottatt dato	Vurdering	Dato, underskrift og stempel	
	Tildeles <input type="checkbox"/>		
	Tildeles ikke <input type="checkbox"/>		

Fyll ut ALLE FELT. Skriv tydelig. Husk telefonnummer slik at pasienten kan nås direkte. Telefonnummer til pårørende dersom pasienten er under 18 år.

Fyll inn diagnose, praktiske problemer og annen relevant informasjon. ICD 10 kode.

Fylles ut om relevant.

Beskriv utstyr: type og modell. Husk innstillinger, antall og art.nr der det er mulig.

VIKTIG!

Helsepersonell på avdelingen har ansvar for opplæring og oppfølging.

Pasientens signatur.
- foreldre (hvis under 18 år)
- eventuelt pasientens verge

Søknad må signeres av legespesialist innen aktuelt fagområde, som enten er ansatt i et helseforetak eller har avtale med Helse Sør-Øst RHF eller annet regionalt helseforetak. Husk ID-nummer

Søknad sendes til:

Avdeling for behandlingshjelpemidler, Ullevål sykehus, Postboks 4956 Nydalen, 0424 Oslo